

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA LA MUERTE
COMO FACTOR PROTECTOR DE ANSIEDAD EN EL
PERSONAL DE SALUD**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

LUPE GIOCONDA BELTRÁN SANTOS

ASESOR:

DRA. LUZ MILAGROS JARA PEREDA

**TRUJILLO – PERÚ
2015**

MIEMBROS DEL JURADO:

PRESIDENTE:

Dra. ROSA LOZANO IBAÑEZ

SECRETARIO:

Dr. DANTE CABOS YEPEZ

VOCAL:

Dr. ROBERTO ROSALES GARCÍA

ASESORA:

DRA. LUZ MILAGROS JARA PEREDA

Médico Psiquiatra del Hospital Regional Docente de Trujillo.
Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor
Orrego.

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobretodo felicidad.

A MIS PADRES

A mi Papá por enseñarme la humildad, el trabajo y la amistad. Por su exigencia para ser la mejor. A mi Mamá por su amor y apoyo incondicional. Por compartir junto a mí, mis logros y desaciertos.

A MIS HERMANAS

Aurora por ser la mujer que con coraje me lleva de la mano en cada paso que doy. Por ser mi ejemplo de perseverancia. A Carmen, por tu buen sentido del humor que muchas veces me liberaron de las presiones y el estrés. Mis cómplices en todo. Este logro también es de Ustedes.

A MIS AMISTADES

Nelly, Eyleen, Fiorella, Ysabel, Cecilia, María Teresa, Paola, Claudia y Joao; quienes llegaron a mi vida y siguen junto a mí. Ustedes son la familia que escogí.

A MIS ANGELES

Julio César por ser el milagro que me demostró que no existen límites. A Aziel por ser la bendición más grande para mi familia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el regalo que me da día a día, por darme la fuerza y fe para conseguir lo que me he propuesto. A mis padres, Carlos y Eufemia por ser mis incondicionales: “por y con Uds he llegado hasta aquí”. A mi hermana Aurora, que me enseñó a no desistir. A mi Asesora Dra. Luz Milagros Jara Pereda, por brindarme su valioso conocimiento y su ayuda desinteresada en la realización de esta investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si las estrategias de afrontamiento para la muerte constituyen un factor protector de ansiedad en el personal de salud de la UCI y del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de casos y controles retrospectivo en personal de salud; 35 casos y 35 controles, siendo los casos quienes presentaron Ansiedad al aplicarles la Escala de ansiedad ante la muerte y como controles los que no presentaron. La asignación de la exposición fue realizada por la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte. Se efectuó un análisis mediante la prueba U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis.

RESULTADOS: El rango promedio de edad para el grupo casos fue 20-39 años y para el grupo control fue 40-64 años ($p < 0,01$); en lo que respecta al servicio con los grupos de estudio se tuvo que el personal del servicio de Emergencia estuvo presente en el 66% y el personal de la UCI 51% en los casos y controles respectivamente ($p > 0,05$). En lo referente a la situación laboral, se observó que 60% de la muestra fueron contratados en los casos y en los controles el 60 % correspondieron a nombrados ($p < 0,01$). El tiempo de servicio estuvo presente en un rango promedio de 9 años en el grupo casos y en el grupo control de 10-35 años ($p < 0,05$). Con respecto a la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte, el 46% evidencia buen afrontamiento y el 54% mal afrontamiento ($p > 0,05$); al categorizar la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte en presencia o ausencia de ansiedad, se tuvo que el 54 % del grupo casos tuvieron afrontamiento y en el grupo controles 36 % ($p = 0,150$) con un OR = 0,50 IC 95% [0,19 – 1,29].

CONCLUSIONES: Se estableció que las estrategias de afrontamiento para la muerte no tienen efecto protector para la ansiedad en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia.

PALABRAS CLAVES: Estrategias de afrontamiento, ansiedad, muerte.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine whether the coping strategies to death are protective factor to anxiety in healthcare professionals of critical care units and emergency unit in Trujillo Regional Teaching Hospital.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective control-case study was designed in healthcare professionals; 35 cases and 35 controls, therefore the case were professionals who had anxiety according to Anxiety of death test and the controls who didn't have anxiety. The assignment of the exposure was realized by Bugen's test of coping to death. Data was analyzed by U of Mann-Whitney and H of Kruskal Wallis test.

RESULTS: The mean age for case group was 20-39 years and control group was 40-64 years ($p < 0,01$); about the service of study group, healthcare professionals of emergency unit was present in 66 % and healthcare professionals of critical care units 51% in case group and control group, respectively ($p > 0,05$). Concerning about the employment situation was contracted in case group and was appointed in control group ($p < 0, 01$). The length of service was 9 years in case group and 10-35 years in control group ($p < 0,05$). With regard to Bugen's test of coping to death , good coping occurred in 46% and for bad coping in 54% ($p > 0,05$); by categorizing the Bugen's test of coping to death with the anxiety was present in 54% in case group and control group in 36% ($p > 0,05$); obtaining a RR = 0,50 95% CI [0.19 to 1.29].

CONCLUSIONS: To established that the coping strategies to death haven't protective effect to anxiety in healthcare professionals of critical care units and emergency unit.

KEYWORDS: Coping strategies, anxiety, death.

I. INTRODUCCIÓN

Como profesionales de salud debemos asegurarnos de proporcionar la mayor excelencia en los cuidados ofrecidos a nuestros pacientes con el fin de conseguir una mejor calidad de vida y que los pacientes puedan adaptarse del mejor modo a la situación a la que se enfrentan¹. La muerte y el proceso de morir ha terminado siendo una situación vinculada al mundo hospitalario, siendo por este motivo, algo aceptado por el personal de salud².

Estas situaciones a menudo resultan difíciles y dolorosas, pero no por ello debemos dejar de encontrar una actitud que pueda equilibrar tanto nuestros sentimientos de tensión como la cobertura de las necesidades del paciente con una enfermedad³. Existen determinados servicios como puede ser la UCI, que acogen a pacientes en una situación más grave y con menos expectativas de curación; por otro lado, tenemos el servicio de emergencia en donde recepcionan al paciente en situación crítica y es derivado a un servicio determinado para su recuperación y tratamiento¹.

Mientras que las personas viven con una relación de temor ante la muerte, los profesionales de salud están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas⁴. Como profesionales de salud debemos entender estas situaciones derivadas de nuestro trabajo, que pueden exponernos a riesgos de origen psicosocial como el estrés y la ansiedad⁵. Debemos aceptarlas, pero también asumir desde el punto de vista profesional que no sólo tenemos una función asociada a la vida, la prolongación de la misma y la mejora de nuestras

condiciones humanas, sino también funciones de acompañamiento en el final de la misma ⁶.

La experiencia de la muerte es una vivencia que puede conmocionar, atemorizar y crear desasosiego en la persona que se enfrenta a la misma⁷. El momento del final de la vida no produce indiferencia ante nadie por lo que la huella que puede dejar el personal de salud es innegable¹.

El afrontamiento consiste en hacer frente o encarar un peligro o una situación negativa, es el proceso a través del cual hacemos frente a un acontecimiento estresor, planteándolo en términos neutros y dándole solución; yendo un poco más allá diríamos que son las estrategias que un individuo pone en juego ante un problema para mantener su integridad física y psicológica (Zabalegui Yarnoz et al., 2002)⁸.

El afrontamiento es uno de los términos más asociados con el estrés⁹. El afrontamiento o 'coping' es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos¹⁰. Según Hombrados (1997), el afrontamiento puede ser entendido, en alguna medida, como el intento de extraer recursos de la falta de recursos, es decir, sacar fuerzas de flaqueza¹¹. Y esto es así porque se asocia a la doble evaluación del estresor: un momento que es el de la evaluación primaria, en el que se puede apreciar el evento fuente del estrés como dañino, amenazante y/o desafiante, y otro momento de evaluación secundaria en el que se vuelve a apreciar la situación y se valoran también los propios recursos para afrontarla¹¹.

Actualmente se entiende por afrontamiento, la gama de recursos psicológicos tanto cognitivos como conductuales de cualquier sujeto, que lleva a cabo el individuo para hacer frente a una situación nociva o percibida como negativa⁸. Por tanto el objetivo del afrontamiento es poder manejar tanto las demandas externas o internas generadoras de estrés como el estado emocional desagradable que suele ir vinculado al mismo (Hombrados, 1997; Sandín, 1995; Robles y Peralta, 2006)^{13, 14}.

Las Estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad ante la muerte son de dos tipos: a) formas activas, aquellas en las que la persona retoma todos sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática y así mismo aprender de ella, abarcándolo de forma más positiva, y dándole un significado distinto al problema y b) formas pasivas, la cuales llevan a que la persona continuamente esté evitando dichas situaciones y por ende no se genere un aprendizaje de las mismas (Uribe et al., 2007)¹⁵.

Limonero (2003), remarca que junto a la competencia personal percibida y la autoeficacia, existen otros dos elementos personales que pueden ayudar a afrontar la ansiedad y el estrés que genera el trabajar con enfermos al final de su vida¹⁶. Un elemento es la experiencia previa que está relacionada con los aprendizajes previos ante las mismas situaciones de estrés. Las reacciones de estrés son menores si el sujeto ha tenido una experiencia previa similar. Y el otro, son los rasgos de personalidad. Por ejemplo, las personas muy optimistas tienden a ver los aspectos positivos de los sucesos o momentos negativos, haciendo que el impacto de lo negativo sea inferior o más controlado¹⁷.

La ansiedad puede definirse como una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria). Se caracteriza por ser de naturaleza anticipatoria; es decir, "posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo". Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa. No obstante, la ansiedad puede ser desadaptativa cuando anticipa un peligro irreal o irrelevante¹⁸.

La actitud más investigada y, posiblemente, la más frecuente en lo que se refiere a la muerte es la ansiedad. La muerte siempre ha sido un tema que provoca temor al hombre. El proceso de la muerte, por la propia naturaleza humana crea un grado de ansiedad diferente en cada sujeto¹⁹. Se ha conceptualizado la ansiedad ante esta como "una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales²⁰.

En estos últimos tiempos, el avance tecnológico con respecto a recobrar la salud al igual que en todos los aspectos de la vida cotidiana ha tenido un avance significativo hasta llegar al punto en que el fracaso del recobro de la salud, o sea la muerte, se ve como un fracaso^{18, 21}. El personal de salud ha aceptado la tarea de ayudar a la devolución de la salud y/o alargamiento de la vida no menos importante también ha aceptado la disminución del sufrimiento físico y en algunos casos mental humano. Lamentablemente pese a su preparación o falta de la

misma, desconocimiento del personal de salud, este hiere de una forma deliberada con acciones u omisión de las mismas a pacientes graves como los son los pacientes de la UCI o de Emergencia, en general a todo diverso tipo de pacientes¹⁸.

Existe la posibilidad que esto suceda por el profundo impacto que produce la proximidad y el conocimiento de la muerte al personal de salud, haciendo con esto la necesidad de preparar equipos que atiendan y modifiquen su percepción y actitudes ante la muerte¹⁹. Con los avances tecnológicos, costumbres, incluso enseñanzas de los mismos maestros que guían a las nuevas generaciones de personal médico, se ha despersonalizado el trato al paciente volviendo de este un expediente clínico o una forma de ganancia monetaria, olvidando el objetivo de ayudar a la recobranza de la salud o en su caso al bien morir¹⁸.

Abdel (1986) señala que la ansiedad en general y la ansiedad ante la muerte constituyen dos componentes distintos. Cabe señalar, que la presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente van a estar en base a los denominados trastornos de ansiedad, sino están asociados frecuentemente a la depresión (Osadolor, 2005). Por lo tanto, la ansiedad puede coexistir con la depresión o ser vista como un desorden por sí misma, frecuentemente causada por circunstancias que producen temor, confusión y/o inseguridad¹⁹.

Como ya se mencionó, la idea de la muerte provoca, entre otras reacciones, ansiedad, pues el pensar en esta hace que la persona se movilice con el fin de preservar su vida. Cuando las personas toman conciencia de la muerte, se produce aprensión, lo cual se conoce como ansiedad ante la muerte². La ansiedad ante la muerte es definida como una función de la discrepancia que

experimentan las personas entre sí mismo y sus ideales, y la incapacidad para anticipar la realidad de la muerte presente en la estructura de su vida actual; asimismo, este tipo de ansiedad es entendida como el miedo a la aniquilación (Benton, Christopher y Walter, 2007; Raedt y Van Der Speeten, 2008; Moreno, De la Fuente, Rico y Lozano, 2009)^{22,23}.

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido^{16,24}.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes²⁵. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común, como en el científico (Feifel y Nagi, 1981). Pero Neimeyer (1997), señala que podría ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás más inaccesible a la conciencia^{16,26}.

En términos parecidos, para Dobler (1974), la ansiedad sería un estado emocional negativo que carece de objetivo específico. Sería como tener miedo a algo, sin saber que es ese algo, mientras que el miedo sería lo que experimentamos cuando podemos localizar y describir la fuente de nuestras preocupaciones²⁷. Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de

existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc. (Limonero 1994)^{16,28,29}.

ANTECEDENTES:

Alonso L, en España, se propuso evaluar los grados de ansiedad de profesionales de enfermería de UCI y Oncología ante la muerte. Realizó un estudio observacional de prevalencia a 88 profesionales de enfermería, mediante los cuestionarios STAI y DAI. Planteando que el entendimiento y la preparación ante la muerte benefician a una disciplina como la enfermería y ayuda en su ejercicio laboral diario reduciendo así sus niveles de ansiedad. Además, la ansiedad aumenta el número de errores en el trabajo ¹.

Fernández P, en Madrid, evaluó los grados de ansiedad de profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos ante la muerte. Realizando un estudio observacional descriptivo transversal en una UCI pediátrica y de adultos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Utilizó el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI) para la evaluación de la ansiedad ante la muerte. Se encuentran diferencias significativas ($p = 0,01$) en los niveles de ansiedad entre enfermeras de UCI pediátrica y UCI adultos en el factor 1: «Generadores externos de ansiedad», siendo más elevado en UCI pediátrica. El 77% de los profesionales refiere estar formado sobre el tema de la muerte, frente a un 18,6% que no se considera correctamente formado ⁵.

Sepúlveda A et al, en México, identificaron si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes de Pediatría. Se incluyeron en el estudio 112 sujetos. Aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad de Beck y el de estrategias de afrontamiento. Los datos se analizaron mediante la prueba de χ^2 . Se identificó depresión en 39.6%, ansiedad en 25.6% y ambas coexistieron en 21.4%. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son de predominio mixto. El empleo de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con la depresión y ansiedad ¹⁵.

Miaja M et al, en México, llevaron a cabo un estudio que consistió en describir el nivel de ansiedad ante la muerte en personas que viven con VIH/ SIDA (n = 300) y población general (n = 300), estudió la asociación y predijeron la ansiedad ante la muerte por medio del afrontamiento y variables sociodemográficas observando diferencias entre las dos muestras. Se aplicaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. Encontró relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte de manera más definida en la muestra clínica que en la población general. El estilo de afrontamiento negativo y la estrategia de evitación, así como una menor escolaridad, destacaron como factores predictores de ansiedad ante la muerte ²⁰.

Paz A, en Mérida, determinó la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma, se enmarcó en una investigación descriptiva de campo con corte transversal. La población estaba comprendida entre los 40 a 50 años de edad, de sexo femenino y estado civil solteras(os). Se halló porcentajes superiores a la mitad ven el hecho de la muerte como algo

natural al estar en contacto frecuente de esta. Con respecto a la actitud conductual prevalecieron los indicadores de temor, ansiedad, comodidad, responsabilidad, vocación y apatía³⁰.

Moral J et al, en México, analizaron los factores de riesgo y protección que pronostiquen nivel alto o bajo de ansiedad ante la muerte, considerando afrontamiento y variables sociodemográficas. Aplicaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM-25; Osadolor, 2005) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003) a dos muestras: seropositivos (n = 300) y población general (n = 300). Hallaron una asociación débil entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte. El promedio de ansiedad en seropositivos fue mayor que en población general. Estilo de afrontamiento negativo y evitación destacaron como factores de riesgo, junto con sexo femenino y menor escolaridad. El estado civil (soltero) fue factor protector entre seropositivos³¹.

Limonero J et al, en Barcelona, se ha analizado el papel de la competencia personal percibida en la manifestación de la ansiedad ante la muerte en 146 estudiantes universitarios de enfermería con una edad media de 21.8 años. Los estudiantes cumplieron con la escala de Competencia Personal Percibida de Wallston y el inventario de ansiedad ante la muerte. Los principales resultados muestran diferencias significativas respecto a la ansiedad ante la muerte en relación a la edad, el sexo y los niveles de competencia percibida³².

Linares M, en Yucatán, evaluó en una población de estudiantes de enfermería la ansiedad, el afrontamiento y el miedo ante la muerte en relación con variables sociodemográficas: sexo, curso académico, y formación o ausencia de

tanatología, así como la influencia de un programa de intervención. Observaron la ausencia de diferencias significativas en relación al afrontamiento ante la muerte y las variables sociodemográficas. Tras la implementación del programa específico acerca de la muerte y su proceso, se modificó el miedo, la ansiedad y el afrontamiento de manera positiva³³.

Díaz J. et al, en Cuba, se realizó un estudio descriptivo con una muestra de 42 estudiantes del primer año de Medicina del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, a los que se les aplicaron exámenes y encuestas. Los resultados mostraron que los factores más significativos dentro del contexto académico son: la realización de un examen, la sobrecarga académica y la falta de tiempo para cumplir las tareas docentes. En cuanto los estilos de afrontamiento, predominaron las estrategias enfocadas en la solución del problema como el afrontamiento activo, la reinterpretación positiva, el crecimiento a partir de la elaboración de un plan de acción, el afrontamiento de la situación y el aprendizaje de la experiencia. Hay un bajo predominio del afrontamiento pasivo centrado en la emoción³⁴.

Bonilla J, en Quito, buscó conocer la relación y la conducta observada de los integrantes del estudio, sobre la realidad del afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. En donde se observó que casi la totalidad realiza cursos de actualización científica tecnológica en áreas clínicas y quirúrgicas, apenas dos señalan su interés por temas de humanización y bioética En relación al trato al paciente y familia en los momentos de la agonía el 100% señala que no

existen directrices preestablecidas en la institución y que el accionar de los profesionales responde a criterios particulares².

Maza M et al, en Chile, realizaron estudio descriptivo correlacional, cuyo propósito fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales. Para recolectar la información se utilizó un instrumento con tres escalas: Características Biosociodemográficas, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte y el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte (CAM). Los resultados principales muestran que la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Concluyendo que es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes³⁵.

JUSTIFICACIÓN :

La muerte y el duelo son situaciones que los profesionales en salud a lo largo de su vida profesional debe afrontar en determinadas ocasiones. Dichos profesionales, en virtud de las responsabilidades inherentes a su condición laboral, están en constante relación con la realidad de la muerte de otras personas.

Existen determinados servicios como pueden ser UCI o Emergencia, que acogen a pacientes en una situación más grave y con menos expectativas de curación.

Los profesionales de salud trabajan para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes , incluso cuando este se encuentre inminentemente cerca de la muerte para ello debe poseer habilidades que le permitan ser capaz de ofrecer un cuidado integral al paciente. Dicho personal esta expuesto a factores de riesgo de origen psicosocial, esto implica graves repercusiones ya que la ansiedad puede originar trastornos de tipo somático o psicopatológico, dependiendo la estructura de personalidad y los factores desencadenantes que se involucren asi mismo.

Por esta razón, se hace necesario investigar sobre este hecho y, especialmente, para profundizar en el conocimiento de si las Estrategias de afrontamiento para la muerte es un factor protector de ansiedad en el personal de salud.

II. PLAN DE INVESTIGACION

FORMULACION DEL PROBLEMA CIENTIFICO

¿Son las Estrategias de Afrontamiento para la Muerte un factor protector de Ansiedad en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si las estrategias de afrontamiento para la muerte constituye un factor protector de ansiedad en el personal de Salud de la UCI y del servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconocer el afrontamiento en personal de Salud del Hospital Regional Docente de Trujillo, según variables sociodemográficas.
- Identificar el afrontamiento en personal de Salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, según tipo de profesional.
- Determinar la presencia y no presencia de Ansiedad ante la muerte en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, según variables sociodemográficas.

- Detallar la presencia y no presencia de Ansiedad ante la muerte en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, según tipo de Profesional.
- Establecer la presencia y no presencia de Ansiedad ante la muerte en el personal de salud del Hospital Regional Docente de Trujillo, según dimensiones.

HIPÓTESIS

H₀: Las estrategias de afrontamiento para la muerte no son un factor protector de ansiedad en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

H_a: Las estrategias de afrontamiento para la muerte son un factor protector de ansiedad en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIALES Y METODOS

POBLACIÓN DIANA O UNIVERSO:

La población en estudio estuvo constituida por el personal médico (médicos asistentes y residentes) y personal de enfermería de la UCI y el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

La unidad de cuidados intensivos y el Servicio de Emergencia cuenta con una plantilla de 19 médicos (10 médicos asistentes y 9 médicos residentes) y 73 enfermeras.

POBLACIONES DE ESTUDIO:

Es la población diana que cumplió con los criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

✓ Casos

- Personal de salud que laboren en el servicio de UCI y de Emergencias con interés de participar en el estudio y que den su consentimiento informado.
- Personal de salud que presentaron Ansiedad al aplicarles la ficha de tamizaje de Ansiedad ante la muerte.

✓ **Controles**

- Personal de salud que laboren en el servicio de UCI y de Emergencias con interés de participar en el estudio y que den su consentimiento informado.
- Personal de salud que no presentaron Ansiedad al aplicarles la ficha de tamizaje de Ansiedad ante la muerte.

Criterios de exclusión:

✓ **Casos y controles**

- Personal médico y de enfermería que hayan sufrido una pérdida recientemente, con una cumplimentación de la encuesta menor el 60%.

MUESTRA:

Unidad de Análisis

- ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE (1980-1981)
- ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (EAM-25; OSADOLOR, 2005)

Unidad de Muestreo

Cada uno del personal médico y de enfermería que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral

Se empleó la ecuación de un estudio de casos y controles para determinar el tamaño muestral:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ para un nivel de seguridad de un 95 %

$Z_{1-\beta} = 0,84$ para una potencia estadística del 80 %

P_1 : es la frecuencia de la exposición entre los casos (73%)

P_2 : es la frecuencia de la exposición entre los controles (40%)

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Luego:

$$n = 35$$

Entonces, el tamaño de muestra para el presente estudio fue de 35 casos y 35 controles (1 caso: 1 control), es decir, 70 miembros del personal de salud de UCI y del Servicio de Emergencia.

IV. DISEÑO DEL ESTUDIO

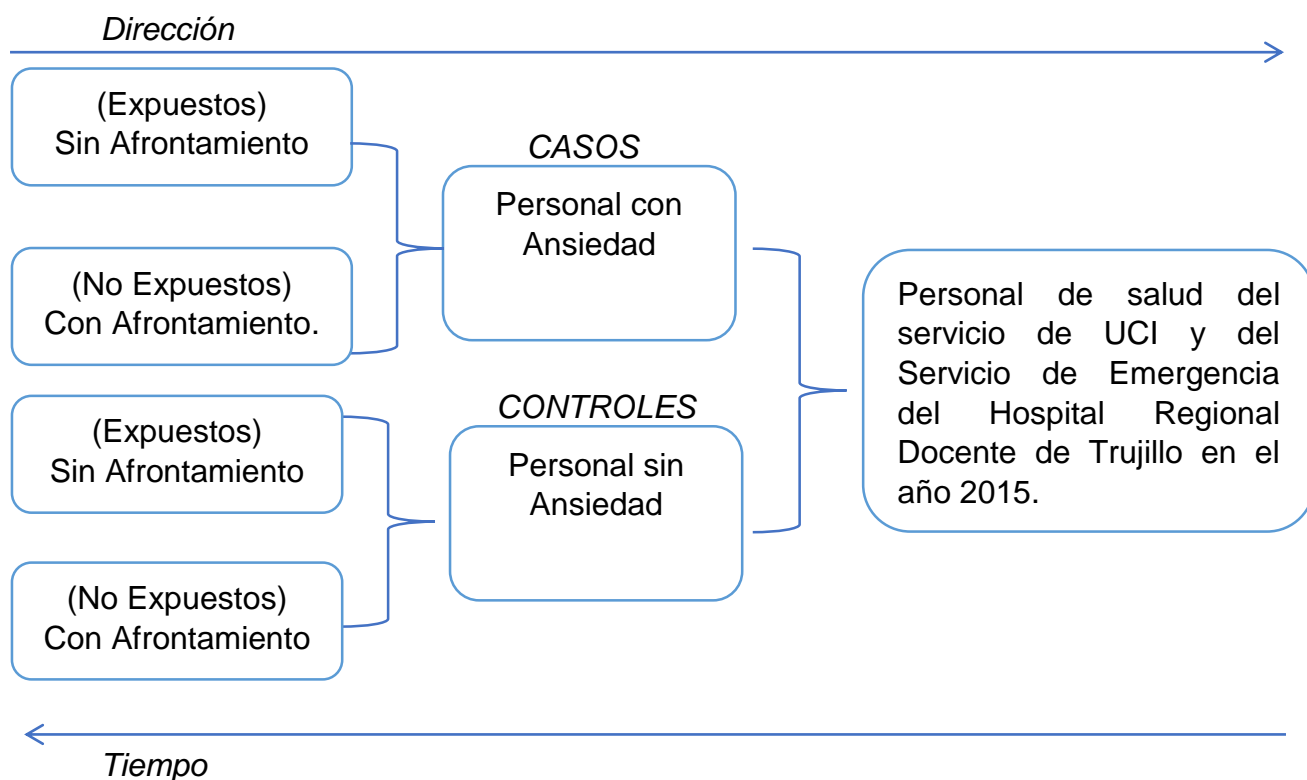
TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo analítico – retrospectivo.

DISEÑO ESPECÍFICO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de casos y controles de base al personal de salud de UCI y Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, para identificar los niveles de ansiedad en función a la presencia de estrategias de afrontamiento ante la muerte y explorar si estas son un factor protector.

Los casos y controles fueron seleccionados a partir del tamaño muestral de 70 personas, 35 casos y 35 controles (1 caso: 1 control), siendo los casos 35 profesionales los cuales presentaron Ansiedad al aplicarles una ficha de tamizaje de Ansiedad ante la muerte y fueron tomados como los controles los 35 que no presentaron Ansiedad. La asignación de la exposición fue realizada por la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte.



VARIABLES

- **Variable Dependiente:** Ansiedad ante la muerte.
- **Variable Independiente:** Estrategias de Afrontamiento para la muerte.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **ANSIEDAD ANTE LA MUERTE**³¹

La Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) de Osadolor (2005). Consta de 25 ítems en sentido de ansiedad, con un rango de respuesta de 5 puntos: de 1 *totalmente de acuerdo* a 5 *totalmente en desacuerdo*. Osadolor señala que a mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte. Así, al realizar los análisis estadísticos se re-codificó el rango de respuesta: siendo 1 *Totalmente en desacuerdo* a 5 *Totalmente de acuerdo*. Obtuvo una consistencia interna alta para los 25 ítems ($\alpha = .80$). Desde un análisis de componentes principales, se establecen cuatro factores: Ansiedad (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19), Dolor (11, 12, 22, 23, 24 y 25), Depresión (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) y Miedo (6, 20 y 21).

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba:

< 72 puntos: No presencia de Ansiedad ante la Muerte.

≥ 72 puntos: Presencia de Ansiedad ante la Muerte.

- **AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE**³⁶

La competencia ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades.

A partir de los autoinformes de los participantes en un seminario de educación sobre la muerte Bugen (1980-1981) creó su escala, no extraña el desarrollo dentro del contexto del movimiento “hospice”, siendo el primer instrumento psicométrico para medir la competencia ante la muerte.

Bugen ofreció formación orientada al desarrollo de las habilidades de los voluntarios de “hospices” e ideó una escala que incluía competencias específicas que los voluntarios creían que podían tener después de la formación. Con este enfoque pretendía:

- ✓ Medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte.
- ✓ Supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz.
- ✓ Enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia en educación sobre la muerte.

La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte es un instrumento que permite discernir entre sujetos control y en formación (Rosemary Robbins, 1997). Diversos estudios han confirmado la alta consistencia interna de la escala (= 0,89 para $p < 0,001$) para un grupo de estudiantes licenciados y no licenciados (Robbins, 1990-1991); (= 0,90 para $p < 0,001$) en un grupo de voluntarios en centros de paliativos (Robbins, 1992).

La escala está constituida por 30 ítems. Cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en

desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones.

Estas puntuaciones se dividen de la siguiente manera:

< Percentil 33 (110 puntos): Mal afrontamiento.

> Percentil 66 (128 puntos): Buen afrontamiento.

V. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

Se procedio a hacer las coordinaciones necesarias con las autoridades del Hospital Regional Docente de Trujillo y se obtuvo el permiso correspondiente para la aplicación de la prueba en cuestión. Al conseguirlo se procedio a contactar al personal de salud de la UCI y el servicio de Emergencia que cumplieron con los requisitos de inclusion y exclusion. Consecuentemente mediante una charla informativa se les pidio el consentimiento, para realizar la investigación; en ella se menciona el interés por parte de la investigación y el aporte. Se les solicitó qué respondan a los instrumentos acompañándolos durante el proceso para resolver cualquier duda o dificultad en relación con la misma. Culminada la aplicación se tabulararán los datos con el fin de presentarlos a la estadista a cargo. Se procedio a hacer la discusión respectiva de los mismos, con el fin de confirmar y descartar hipótesis planteadas en la investigación.

VI. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos se recolectaron de manera directa y ordenada de cada uno del personal de salud del servicio de UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo. El procesamiento de la información fue automático y se utilizo una computadora Core i3 con Windows XP PROFESIONAL 2010 y el paquete estadístico IBM SPSS statistics V 22.0. Para el análisis estadístico se hizo uso de las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal Wallis para variables categóricas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse era menor al 5% ($p < 0.05$).

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la aplicación de los instrumentos se respetó y cumplió los principios éticos:

Principios de beneficencia y no maleficencia: Se trata del deber ético de buscar el bien para los profesionales participantes en la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios, mejorar la calidad de vida y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

Principios de justicia: En las investigaciones puede analizarse desde los principios o hacia las consecuencias de los actos. En el primer caso en un diseño de investigación es justo cuando está de acuerdo con los principios.

Principio de autonomía: Es el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que le afecten de una u otra manera, con conocimiento y sin coacción de ningún tipo. Determina también el correspondiente deber de cada uno de respetar la autonomía de los demás. El investigador antes de la encuesta explicó a los encuestados sobre los beneficios y sobre lo que trata.

VIII. RESULTADOS

TABLA 1

AFRONTAMIENTO EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Categoría	N	RP	SR	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Edad	24-39	35	35.2	1231.0	601.0	-.135	.892
	40-64	35	35.8	1254.0			
Tipo de Servicio	UCI	30	41.0	1228.5	436.5	-1.941	.052
	Emergencia	40	31.4	1256.5			
Situación laboral	Nombrado	35	35.8	1252.5	602.5	-.118	.906
	Contratado	35	35.2	1232.5			
Tiempo de servicio	0 – 9	32	35.50	1136.0	608.0	.000	1.000
	10-35	38	35.50	1349.0			
Total		70					

Nota: RP: Rango promedio; SR: Suma de rangos; Z: Valor Z; Sig.: Significancia.

En la tabla 1, se aprecia una diferencia no significativa en el afrontamiento según edad, tipo de servicio, situación laboral y tiempo de servicio en personal de Salud.

TABLA 2

AFRONTAMIENTO EN PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE UCI Y DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO, SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL

Tipo de profesional	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis		
			Chi-cuadrado	gl	Sig.
Médico asistente	10	38.35	.807	3	.848
Médico residente	9	31.28			
Enfermera (o)	40	34.99			
Técnico en enfermería	11	38.23			
Total	70				

Nota: gl: Grados de libertad; Sig.: Significancia.

En la tabla 2, se aprecia una diferencia no significativa en el afrontamiento entre los tipos de profesionales del personal de Salud del servicio de UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

TABLA 3

**PRESENCIA Y NO PRESENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Característica Categoría	Ansiedad Total				Total		RP	SR	U de Mann- Whitney	Z	Sig.
	Presenta (casos)		No presenta (controles)								
Edad	f	%	f	%	f	%					
24-39	21	60	14	40	35	50	42.0	1469.0	386.0	-2.663	.008**
40-64	14	40	21	60	35	50	29.0	1016.0			
Servicio											
UCI	12	34	18	51	30	43	32.8	982.5	517.5	-.980	.327
Emergencia	23	66	17	49	40	57	37.6	1502.5			
Situación laboral											
Nombrado	14	40	21	60	35	50	29.2	1020.5	390.5	-2.610	.009**
Contratado	21	60	14	40	35	50	41.8	1464.5			
Tiempo de Servicio											
0 - 9	19	54	13	37	32	46	41.86	1339.5	404.5	-2.401	.016*
10-35	16	46	22	63	38	54	30.14	1145.5			
Total general	35	100	35	100	70	100					

Nota: RP: Rango promedio; SR: Suma de rangos; Z: Valor Z; Sig.: Significancia.

**p<.01;*p<.05

En la tabla 3, se aprecia que los casos se caracteriza en su mayoría por tener de 24 a 39 años (60%), ser del servicio de emergencia (66%), de situación laboral contratado (60%) con hasta 9 años de tiempo de servicio (54%), asimismo los controles se caracteriza en su mayoría por tener de 40 a 64 años (60%), ser del servicio de UCI (51%), de situación laboral Nombrado (60%) con 10 a 35 años de tiempo de servicio (63%) . Además se distingue una diferencia altamente significativa en la ansiedad según edad, situación laboral y tiempo de servicio.

TABLA 4

PRESENCIA Y NO PRESENCIA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN
PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE UCI Y DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, SEGÚN
TIPO DE PROFESIONAL

Característica Categoría	Ansiedad Total				Total		Rango promedio	Prueba H de Kruskal Wallis		
	Presenta (casos)		No presenta (controles)					Chi-cuadrado	gl	Sig.
Tipo de profesional	f	%	f	%	f	%		1.590	3	.662
Médico asistente	5	14	5	14	10	14	37.85			
Médico residente	6	17	3	9	9	13	41.50			
Enfermera (o)	17	49	23	66	40	57	33.05			
Técnico en enfermería	7	20	4	11	11	16	37.36			
Total general	35	100	35	100	70	100				

Nota: gl: Grados de libertad; Sig.: Significancia.

En la tabla 4, se aprecia una diferencia no significativa en la ansiedad entre los tipos de profesionales del personal de Salud del servicio de UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

TABLA 5

DIMENSIONES SEGÚN LA PRESENCIA Y NO PRESENCIA DE ANSIEDAD
ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE UCI Y
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO

Dimensión	Servicio				Total	
	UCI		Emergencia			
	f	%	f	%	f	%
Ansiedad						
Presenta	13	43%	21	53%	34	49%
No presenta	17	57%	19	48%	36	51%
Dolor						
Presenta	17	57%	18	45%	35	50%
No presenta	13	43%	22	55%	35	50%
Depresión						
Presenta	14	47%	24	60%	38	54%
No presenta	16	53%	16	40%	32	46%
Miedo						
Presenta	15	50%	24	60%	39	56%
No presenta	15	50%	16	40%	31	44%
Total	30	100%	40	100%	70	100%

En la tabla 5, se observa en la mayoría la no presencia de ansiedad (57%), presencia de dolor (57%), no presencia de depresión (53%) y presencia de miedo en la mitad (50%) del personal de servicio de UCI, asimismo se aprecia en la mayoría la presencia de ansiedad (53%), depresión (60%) y miedo (60%) y la no presencia de dolor (55%) en el personal del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

TABLA 6

**AFRONTAMIENTO PARA LA MUERTE Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

AFRONTAMIENTO	ANSIEDAD				TOTAL		CHI - CUADRADO		ODDS RATIO		
	Presenta		No presenta								
	f	%	F	%	F	%	X ²	Sig.	OR	Li	Ls
Mal afrontamiento (Expuestos)	16	46	22	63	38	54					
Buen afrontamiento (No expuestos)	19	54	13	37	32	46	2.07	.150	.50	.19	1.29
TOTAL	35	100	35	100	70	100					

En la tabla 6, se observa una asociación no significativa entre el afrontamiento para la muerte y la ansiedad, deviniendo que el afrontamiento no represente un factor de riesgo ni protección ante la ansiedad por contener al 1 en el IC 95% (.19 - 1.29).

IX. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación (tabla 1) demostraron una diferencia no significativa del afrontamiento según edad, tiempo de servicio, situación laboral y tipo de servicio en el personal de salud. Sin embargo esta última característica se acerca más al 0.05 con 0.052, en donde se observa un mal afrontamiento predominando en el servicio de Emergencia (65%). Lo cual nos indica que dicho personal vive la negación a la muerte usando mecanismos defensivos de evasión, siendo el hospital un lugar laboral de situación momentánea, rutinaria e indiferente.

En relación a lo referido, **Maza M et al³⁵** nos confirma la notoria cantidad de respuestas evasivas ante la muerte en el grupo de médicos estudiados, lo que evidencia que el afrontamiento a la muerte es poco realista, y pone de manifiesto los mecanismos defensivos de evasión en los médicos.

El personal del servicio de Emergencia tiene la función de atención primaria ofreciendo un tratamiento inicial a los pacientes. Indicando que estos usan el mecanismo de evasión y el rechazo a la muerte para protegerse; perciben la muerte como una condición normal del proceso de la vida, por lo que están dispuestos a aprovechar al máximo la vida que se tiene, esto se puede explicar debido a la juventud, formación y medio donde se desarrollan, la muerte no es una situación que le preocupe y están más interesados en vivir su vida y cumplir sus metas. Así mismo, es un personal rotativo, el tiempo que pasa con el paciente que es ingresado es muy corto, pues al resolver la emergencia es derivado a otra área específica para su atención.

Por otro lado se destaca un buen afrontamiento (60%) del personal de la UCI. **Schmidt J⁸**, asevera que estos son los profesionales que realizan una labor asistencial que demanda formación continua y específica. Es así que el personal que labora en la UCI cuenta con formación especializada en cuidados paliativos y vigilancia especial; favoreciendo su afrontamiento hacia la muerte, así mismo, por vivenciar los cuidados de los pacientes graves se muestran más capaces de: “contactar con quién sea preciso cuando se produce una muerte”; “ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir”; “decir lo correcto cuando están con alguien que sufre un duelo”; “hablar con un amigo o familiar sobre la muerte”; “disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”; “comunicarse con los moribundos”; “decirle a la gente que les quiere antes de morir”. Es decir, se muestran con más capacidad de afrontar los sentimientos en relación con la pérdida. Cabe resaltar que el compromiso de este personal es mayor ya que el tiempo y el tipo de cuidado que se les da a los pacientes críticos son más prolongados y personalizados.

Según se desprende de los datos de la tabla 2, se estima una diferencia no significativa del afrontamiento entre los tipos de profesionales del personal de Salud. **Beltrán G³⁷** corrobora que la falta de formación podría justificar la profesionalización del tema de la muerte, con el objetivo de reducir la incidencia negativa de actitudes hacia la muerte que puedan tener tanto en el ejercicio profesional como en el bienestar personal, a fin de optimizar el apoyo y cuidado de personas en el último momento de su vida.

En el análisis de la ansiedad ante la muerte según edad, situación laboral y tiempo de servicio (tabla 3) se aprecia una diferencia altamente significativa. Con respecto a la edad, el rango promedio más alto fue el grupo de 20-39 años; la situación laboral con un rango promedio más alto en el personal contratado y en el tiempo de servicio con un rango promedio mayor en el grupo de menos de 10 años. No obstante, se observa una diferencia no significativa en la ansiedad según tipo de servicio del personal.

Wu A et al³⁸, hablan de una relación inversa, disminuyendo dicha ansiedad con la edad, reflejando un proceso de maduración y aceptación de la muerte. En el estudio de **Pascual C²⁴**, realizado en la UCI pediátrica y de adultos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, relacionó el nivel de ansiedad y experiencia profesional, concluyendo que los profesionales con menor experiencia tienen niveles de ansiedad más elevados.

Adicionalmente, la mayoría de los controles (51%) está representado por personal de la UCI mientras que la mayoría de los casos (66%) por personal del servicio de emergencia encontrándose así diferencias significativas de la ansiedad ante la muerte. Con base al servicio de Emergencia en relación a la presencia de ansiedad, **Brady M³⁹**, encontró que el personal de salud de la Emergencia es altamente susceptible a la ansiedad de la muerte y las autoridades deben reconocer esto y establecer el soporte para mejorar la salud de su estado mayor y atención a los pacientes. La naturaleza de su trabajo y exposición diaria a la muerte y otras señales de entrada de la mortalidad.

Es por ello que según las Dimensiones de ansiedad y presencia y no presencia de Ansiedad ante la Muerte (tabla 5) la mayoría del personal presenta miedo y depresión en un 56% y 54% respectivamente. **Mancilla J¹⁸**, desprende de su estudio realizado en Toluca al personal médico que predominan las actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (miedo), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias.

En lo referente a la presencia de ansiedad y tipo de profesional, **Ballester R⁴⁰**, refleja en su estudio sobre las consecuencias psicológicas que tiene para el personal sanitario trabajar en una Unidad de Cuidados Intensivos que trabajar en un entorno de contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, en el que se han de tomar decisiones de gran trascendencia con urgencia como es el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos, pasa factura psicológica al personal sanitario, colectivo en el que el porcentaje de ansiedad en un 7%; **Carmona Z et al⁴¹**, en Venezuela, evidencian en sus hallazgos que la experiencia central vivida por miembros del equipo de salud incluidos en este estudio es el temor a la muerte, con sentimientos predominantes de: angustia, ansiedad, frustración, fracaso, incompetencia, amenaza, tristeza, negación de la muerte y consciencia de la finitud de la propia vida.

De acuerdo con lo anterior y en concordancia con el planteamiento previo, en la tabla 4 se aprecia una diferencia no significativa en la ansiedad entre los tipos de profesionales del personal de Salud de la UCI y del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

En lo que respecta a afrontamiento para la muerte y ansiedad (tabla 6), **Rodríguez et al⁴²**, exponen que los profesionales de salud consideran la muerte como un tema del que mejor no hablar, admitiendo su enmascaramiento. La mayoría de estudios realizados para dilucidar la relación que puede existir entre la ansiedad ante la muerte y otros factores se muestran casi siempre poco consistentes. Para los profesionales de salud de la UCI y emergencias, la muerte es algo cotidiano, algo presente, que no por ser cotidiano deja de ser importante. La presencia de esta inmuniza, creando una barrera de seguridad ante la muerte, no significa por ello que ayude aceptarla de mejor manera, tan solo a acostumbrarse a su presencia.

Así mismo Limonero y Aradilla (2008) señalan que el tener un mejor ajuste emocional y una mayor percepción de las emociones se relaciona negativamente con la ansiedad ante la muerte.

Por otro lado en otros estudios de emociones negativas, **Moral et al⁴³**, los aspectos tradicionales de afrontamiento negativo tienen mucho más peso que los positivos. Precisamente la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y el estilo de afrontamiento positivo fueron independientes de la ansiedad ante la muerte. Sólo la focalización en la solución del problema, que forma parte también con un peso negativo del estilo de afrontamiento negativo, tiene correlación negativa, pero carece de poder predictivo dentro de los modelos.

X. CONCLUSIONES

- Se identificó un 46% de buen afrontamiento y un 54% de mal afrontamiento en los profesionales estudiados.
- No existe relación entre las variables sociodemográficas (edad, tipo de Servicio, situación laboral, tiempo de servicio y tipo de profesional) y afrontamiento de la muerte.
- Con respecto a la ansiedad ante la muerte se han encontrado diferencias significativas entre edad, situación laboral y tiempo de servicio.
- Se estableció que las estrategias de afrontamiento para la muerte no tienen efecto protector para la ansiedad en el personal de salud de la UCI y del Servicio de Emergencia.

XI. RECOMENDACIONES

- Debe incluirse durante la etapa de formación de los profesionales sanitarios, espacios de manejo de la ansiedad frente a la muerte, una preparación para que sepan enfrentarse a estas situaciones y una formación que tenga en cuenta las necesidades de los pacientes y profesionales.
- Desarrollar programas preventivos promocionales dentro de los establecimientos de salud relacionados con los procesos de morir, que proporcionen las herramientas necesarias, conocimientos, habilidades y actitudes a los profesionales de salud quienes contemplan esta área de trabajo como suya.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso L. Ansiedad del personal de enfermería en relación a la muerte de sus pacientes. Comparativa UCI y oncología [tesis doctoral]. Leioa: Universidad del País Vasco, Escuela de Enfermería; 2014.
2. Bonilla J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo [tesis]. Quito: Universidad Libre Internacional de las Américas; 2011.
3. Gómez R. El médico frente a la muerte. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32 (113): 67-82.
4. Yagüe A, García M .Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. [acceso Ago 2015]. Disponible en: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
5. Fernández P. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enferm Intensiva. 2011; 22(3):96-103.
6. Valdés M. Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología; 2000.
7. Souza L, Mota J, Barbosa R, Ribeiro R et al.La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. Enferm Global. 2013; 12(32): 222-229.

8. Schmidt J. Validación de la versión Española de la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del Perfil revisado de actitudes hacia la muerte [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, Escuela Universitaria de Ciencias de la salud; 2007.
9. Trujillo Z, Paz F, Sánchez M, Nava G, Zamora P et al. Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. Revista Mexicana de Neurociencia. 2013; 14(1): 8-13.
10. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Boletín de Psicología. 2002; 75: 73-85.
11. Fierro A. Estrés, afrontamiento y adaptación [libro electrónico]. Valencia. [acceso Ago 2015]. Disponible en: http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf
12. Barboza S, Pérez V. Estilos de Afrontamiento y sentido de vida en adolescentes con cáncer y adolescentes sanos [tesis]. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta, Facultad de Ciencias Políticas, Administrativas y Sociales; 2013.
13. Núñez D. Las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés [tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012.

14. Marchán S. Actitud y afrontamiento ante la muerte en los Profesionales de las unidades de cuidados Paliativos y oncología. Boletín científico del HGUCR. [Revista en internet] 2015. [acceso Ago 2015]. Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/2015/03/10/actitud-y-afrontamiento-ante-la-muerte-en-los-profesionales-de-la-unidades-de-cuidados-paliativos-y-oncologia/?output=pdf>
15. Sepúlveda A, Romero A, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant. México, 2012; 69(5):347-354.
16. Colell R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología; 2005.
17. Fernández E. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería [tesis doctoral]. Universidad de León, Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía; 2009.
18. Mancilla J. Ansiedad y actitud ante la propia muerte del personal médico del Hospital Naval de Mazatlán [tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina; 2014.
19. Grau J, Llantá M, Massip C, Chacón M, Reyes M, Infante O. Ansiedad y actitudes ante la muerte. Pensamiento Psicológico 2008; 4 (10): 27-58.
20. Miaja M. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas con y sin VIH/sida [tesis]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nueva León, Facultad de Psicología; 2011.

21. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O. La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México. [acceso Ago 2015]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
22. Blanco M. Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales reclusos en el centro de atención institucional adulto mayor. *Anales en Gerontología*. 2015; 7: 1-15.
23. Jiménez R. Análisis de la muerte en la sociedad española actual [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; 2011.
24. Pascual C. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv*. [Revista en Internet] 2011 Ene-Feb. [acceso Ago 2015]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/521/510>
25. Colell R, Limonero J, Otero M. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*. 2003; V (2).
26. Sánchez M. Actitud ante la muerte y el proceso de morir, propio y el de los demás [tesis]. México: Asociación Mexicana de Tanatología; 2015.
27. Camacho J. Dónde inicia y dónde acaba: el umbral que divide a la vida y la muerte [tesis]. México: Asociación Mexicana de Tanatología; 2014.
28. López C. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte del paciente terminal [tesis]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas; 2012.

29. Campos D. Abordaje psicoterapéutico grupal de ansiedad ante la muerte [tesis]. Cuenca: Universidad del Azuay, Departamento de Posgrado; 2015.
30. Paz A. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma [tesis]. Mérida: Universidad de los andes, Facultad de Medicina; 2009. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y Enfermería 2009; XV (1): 39-48.
31. Moral J, Miaja M. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 2014; 6(1): 26-42.
32. Limonero J, Sábado T, Castro J, Cladellas R, Gómez J. Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. Ansiedad y estrés. 2010; 16: 2-3.
33. Linares M. Miedo, ansiedad y afrontamiento ante la muerte en estudiantes de enfermería. Big bang Faustiniiano. 2015; 4(2).
34. Díaz J. Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de medicina. Humanidades médicas. 2010; 10(1).
35. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y Enfermería 2009; XV (1): 39-48.
36. Fernández C. Afrontar la muerte en ciencias de la salud [tesis doctoral]. Andalucía: Universidad de Almería, Departamento de Ciencias Humanas y Sociales; 2012.

37. Beltrán G. Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes [tesis]. España: Universidad de Jaén, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
38. Wu A, Tang C, Kwok, T. Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal Aging Health*. 2002; 14(1): 42-56.
39. Brady M. Enfermeras que trabajan en las configuraciones de la emergencia altamente susceptibles a la ansiedad de la muerte. *News medical*. [Revista en Internet] 2015. [acceso Ago 2015]. Disponible en: <http://www.news-medical.net/news/20150712/767/Spanish.aspx>
40. Ballester R. Estado emocional de los profesionales sanitarios en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's): factores moduladores. Universitat Jaume [Revista en Internet] 2012. [acceso Oct 2015]. Disponible en: http://www.uji.es/ES/noticies/detall&id_a=28481681
41. Carmona Z, Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*. 2008; (XII) 2: 14-23.
42. Rodríguez M, Azañón R, Rodríguez M, Rodríguez N, Torres A, Palma J. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias. *Tempus vitalis*. 2007; 6(2).
43. Moral J, Miaja M. Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte. *Boletín de psicología*. 2011; 103:29-44.

XIII. ANEXOS

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

ANEXO N°1

PERSONAL

- SEXO:
Masculino () Femenino ()
- EDAD:
- ESTADO CIVIL:
Soltero () Conviviente () Casado () Separado () Viudo ()
- NÚMERO DE HIJOS:
- COMORBILIDAD FÍSICA Y/O MENTAL: Sí () No ()

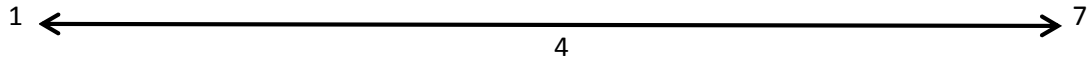
LABORALES

- PROFESIÓN:
Médico asistente () Médico residente () Enfermera () Técnico en Enfermería ()
- SERVICIO:
Emergencia () UCI ()
- SITUACIÓN LABORAL:
Nombrado () Contratado ()
- TIEMPO DE SERVICIO (años):
- JORNADA EXTRAHOSPITALARIA SEMANAL (semanal) :

ESCALA DE BUGEN

ANEXO N°2

Por favor, valore en una escala del 1 al 7 su nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones.



Totalmente en
desacuerdo

Neutral

Totalmente
de acuerdo

N°	Ítems	Valoración
1.	Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.	
2.	Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir.	
3.	La muerte es un área que se puede tratar sin peligro.	
4.	Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias.	
5.	Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos.	
6.	Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano.	
7.	Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida.	
8.	Me siento preparado para afrontar mi muerte.	
9.	Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir.	
10.	Entiendo mis miedos relacionados con la muerte.	
11.	Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral.	
12.	Últimamente creo que está bien pensar en la muerte.	
13.	Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente.	
14.	Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte.	
15.	Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir.	
16.	Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual.	
17.	Me importa más la calidad de vida que su duración.	
18.	Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos.	

N°	Ítems	Valoración
19.	Sé con quién contactar cuando se produce una muerte.	
20.	Seré capaz de afrontar pérdidas futuras.	
21.	Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí.	
22.	Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.	
23.	Sé cómo hablar con los niños de la muerte.	
24.	Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.	
25.	Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.	
26.	Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.	
27.	Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.	
28.	Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.	
29.	Me puedo comunicar con los moribundos.	
30.	Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.	

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (EAM-25)
(OSADOLOR, 2005)
ANEXO N°3

Ponga el número dentro del paréntesis indicando qué tanto está de acuerdo con las siguientes frases

1	2	3	4	5
<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
1. Tengo miedo a una muerte larga.				()
2. Los ataúdes me ponen ansioso.				()
3. Me preocupa mucho si hay vida después de morir.				()
4. Me angustia la idea de no volver a sentir nada después de morir.				()
5. Sufrir de cáncer me asusta particularmente.				()
6. Evitaría la muerte a toda costa.				()
7. Tengo miedo de morir muy lentamente.				()
8. Me asusta morir en un incendio.				()
9. Me inquieta morir de cáncer.				()
10. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.				()
11. Intento no tener que ver con el tema de la muerte.				()
12. Cuando en pensamiento de la muerte entra en mi intento apartarlo.				()
13. Estoy algo ansioso respecto a lo que ocurre al cuerpo después de la muerte.				()
14. Me angustia estar totalmente inmóvil después de la muerte.				()
15. La idea de que me encierren en un ataúd me angustia.				()
16. Me preocupa el aislamiento total de la muerte.				()
17. Me angustia estresarme por una enfermedad larga.				()
18. Me inquieta la degeneración física que implica una muerte lenta.				()
19. Me asusta que no haya vida después de la muerte.				()
20. Me asusta no cumplir mis metas en la vida antes de morir.				()
21. Tengo miedo a morir violentamente.				()
22. Intento no pensar en la muerte.				()
23. Evito totalmente pensar en la muerte.				()
24. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.				()
25. Pensar en la muerte es una situación horrible.				()

